UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 N° 17

ETUDE DES FACTEURS DE PRONOSTIC DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE AVEC ESSAI DE CODIFICATION DES IMAGES RADIOLOGIQUES

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1970

par

Jean-Luc PROUZET

Membres du Jury

MM.	MARQUES	Président
	CALVET	
	BRU	Assesseurs
	ESTRADE	
	GUILHEM	Suppléant

Offset DEFFUANT - SALLES D'AUDE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546518_0026

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1970 N° 17

ETUDE DES FACTEURS DE PRONOSTIC DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE AVEC ESSAI DE CODIFICATION DES IMAGES RADIOLOGIQUES

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1970

par

Jean-Luc PROUZET

Membres du Jury	MM. MARQUES	Président	
	CALVET		
	BRU	Assesseurs	
	ESTRADE		
	GUILHEM	Suppléant	

Offset DEFFUANT - SALLES D'AUDE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	: Monsieur LAZORTHES
Assesseur (Médecine)	: Monsieur MONNIER
Assesseur (Pharmacie	: Monsieur BREUILLAUD
Doyens honoraires	: MM. GORSE, CALVET, BRUSTIER
Professeurs honoraires	: MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT MOREL, BOUISSET, CALMETTES THOMAS.

-=-=-=-=-=-

SECTION MEDECINE

- Clinique médicale et cardiologique	MM. MERIEL
- Clinique médicale sud	GADRAT
- Clinique chirurgicale	N...
- Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE Pierre
- Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
- Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
- Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
- Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
- Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
- Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
- Clinique des maladies infectieuses	ANDRIEU
- Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
- Clinique médicale de la première enfance	BARDIER
- Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES
- Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD
- Clinique obstétricale	PONTONNIER
- Clinique odonto-stomatologique	CADENAT
- Clinique ophtalmologique	N....
- Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
- Clinique de pneumo-phtisiologie	DELAUDE
- Clinique rthumatologique	RUFFIE René
- Accouchement et obstétricie sociale	JAHIER
- Anatomie	BASTIDE
- Anatomie appliquée	POULHES
- Anatomie pathologique	FABRE Jacques
- Anesthésie et réanimatior.	LARENG
- Bastériologie et virologie	Mme ENJALBERT
- Biophysique médicale A	AUVERGNAT
- Biophysique médicale B	BRU
- Chimie Biologique	VALDIGUIE Pa
- Electro-radiologie	MARQUES

- Embryologie générale	MM.	BROUSSY Jean
- Hématologie		RUFFIE Jacques
- Histologie		BIMES
- Hydrologie thérapeutique et climatologie		CARNAUD
- Hygiène et médecine sociale		MONNIER
- Immunologie		DUCOS
- Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES
- Pathologie chirurgicale		DAMBRIN
- Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
- Pathologie médicale		RIBAUT
- Physiologie		LAPORTE Yves
- Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET
- Sémiologie et clinique médicale		LAPORTE Jacques
- Thérapeutique		DARDENNE

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

- Anatomie pathologique	MM.	BOUISSOU
- Biochimie médicale		DOUSTE BLAZY
- Histologie et embryologie		PLANEL
- Maladies infectieuses		ARMENGAUD
- Oto-rhino-laryngologie		CLAUX
- Pathologie médicale		BOULARD
- Physiologie		MONTASTRUC
- Physiologie		BESSOU
- Physique médicale		COMMANAY

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

- Biochimie médicale	MM.	VALDIGUIE Pierre
- Chirurgie générale		GEDEON
- Chirurgie générale		SARRAZIN
- Electro-radiologie		PONS
- Histologie et embryologie		GUILHEM
- Ophtalmologie		DEODATI
- Pneumo-phtisiologie		MIGUERES
- Neuro-Chirurgie		ESPAGNO Jacques

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

- Anatomie pathologique	MM.	FABRE Jean
- Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme	LARENG
- Carcinologie		ESTRADE
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		ESCHAPASSE
- Electro-radiologie		ROULLEAU

- Médecine générale et thérapeutique	MM.	BES
- Médecine générale et thérapeutique	Mme	BOLLINELLI
- Médecine générale et thérapeutique		SUC
- Pathologie expérimentale		GLEIZES
- Pédiatrie		DALOUS
- Pédiatrie		REGNIER
- Médecine générale		ARLET Jacques
- Médecine générale		RIBET

- A G R E G E S -

- Médecine générale	CALAZEL
- Médecine générale	RASCOL
- Médecine générale	LE TALLEC
- Chirurgie générale	FICAT
- Chirurgie générale	GAUBERT
- Dermato et syphiligraphie	DUPRE
- Hydrologie	DENARD
- Médecine légale	GREZES-RUEFF
- Neurologie et psychiatrie	GAYRAL
- Obstétrique	ESPAGNO, Guy
- Ophtalmologie	BEC

- AGREGES LIBRES -

- Chirurgie générale	SOUQUET
- Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

- MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE -

- Psychiatrie	M.	LABOUCARIE

SECTION PHARMACIE

- Botanique et cryptogamie	N...
- Chimie et analytique	PITET
- Toxicologie, Hygiène et hydrologie	BOURBON
- Chimie pharmaceutique	BLANC
- Microbiologie	BREUILLAUD
- Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
- Pharmacie galénique et matière médicale	STANISLAS
- Physiologie, zoologie et parasitologie pharmaceutique	ROUX

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

- Pharmacie	MM.	COUTURIER
- Sciences naturelles	Mme	CAUJOLLE

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

- Chimie organique	BERTRAND
- Toxicologie	BROUSSY Georges
- Zoologie	GAYREL

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

- Botanique	Mme	LASCOMBES
- Microbiologie		MICHEL Georges
- Pharmacodynamie		CROS Jean
- Physiologie		DUMAS Jean Claude
- Pharmacie galénique		ROUFFIAC Robert
- Chimie biologique		SOULA Georges
- Toxicologie		MALBOSC Robert

- PERSONNEL ADMINISTRATIF -

Secrétaire Principal : Monsieur ROCHE

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (délibération en date du 12 Mai 1891).

A MA MERE

A MON PERE
Le Docteur Charles PROUZET

qui a été pour moi un guide
et restera un exemple.

A MA FEMME

A MA GRAND'MERE

A MON ONCLE, le Docteur Jean PROUZET

A MON COUSIN, le Docteur Henri PROUZET

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MARQUES

Professeur d'Electro-radiologie
Directeur du Centre Régional Anti-Cancéreux
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre gratitude pour nous avoir accueilli au nombre de ses élèves et pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre travail.

A notre Jury de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CALVET

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique et de Chirurgie Maxillo-faciale

Laryngologiste du Centre Anti-Cancéreux

Officier de la Légion d'Honneur

Nous vous remercions pour le bienveillant intérêt que vous nous avez témoigné au cours de nos études.

Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRU

Professeur de Biophysique Médicale

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

L'intérêt qu'il nous a témoigné a été pour nous le plus précieux des encouragements.

Nous sommes heureux de lui témoigner notre très vive reconnaissance et de lui exprimer notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTRADE

Maître de Conférences
Agrégé de Carcinologie

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir siéger à notre Jury de Thèse.
Croyez à notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM

Professeur d'Histologie et Embryologie

Avec nos respectueux remerciements pour avoir accepté d'être notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOYE-LAZARIN

Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Nous vous remercions pour le bienveillant accueil que vous nous avez toujours réservé dans votre service et pour l'intérêt que vous nous avez témoigné au cours de nos études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. F. COMBES

Chef de Travaux à la Faculté
Chef de Service au Centre Anti-Cancéreux

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse. Votre bienveillante sollicitude et votre clairvoyance nous ont permis de résoudre certains problèmes qui se présentaient à nous. Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. LAPORTE

Docteur-ès-sciences

Nous savons ce que nous devons à votre amitié, à votre délicatesse.

Veuillez trouver ici l'humble témoignage de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. FOURNIE

Chef du Service Anti-Cancéreux

Nous sommes heureux d'avoir pu travailler avec vous. Nous vous remercions et vous exprimons toute notre reconnaissance.

Si un médecin se figurait
que ses raisonnements ont la valeur
de ceux d'un mathématicien,
il serait dans la plus grande des erreurs
et serait conduit aux conséquences
les plus fausses.

Claude BERNARD.

S O M M A I R E

INTRODUCTION p. 25

CHAPITRE PREMIER

Matériel p. 31

CHAPITRE DEUXIEME

Description de la Fiche médicale avec essai de codification des images radiologiques des cancers oesophagiens. p. 35

CHAPITRE TROISIEME

Résultats : Etude de la survie en fonction des divers paramètres. p. 51

CHAPITRE QUATRIEME

Interprétation des résultats p. 77

CONCLUSIONS p. 83

BIBLIOGRAPHIE p. 87

INTRODUCTION

Résident au Centre Régional Anticancéreux de TOULOUSE nous avons fréquemment eu l'occasion de traiter des cancers de l'œsophage par radiothérapie. A l'enthousiasme des résultats précoces apparemment satisfaisants, très vite succède le découragement et s'installe l'impression d'un mal contre lequel nos thérapeutiques restent vaines. Il est pourtant exclu de se résoudre à abandonner ces malades dont la fin, en pleine lucidité, est particulièrement cruelle. C'est dans cet état d'esprit que nous avons abordé ce travail sans penser bien sûr, apporter de solution radicale à ce problème difficile, mais en voulant lutter contre le découragement et en espérant toutefois que notre contribution ne sera pas vaine.

Dans l'étude des tumeurs malignes, le cancer de l'œsophage occupe une place particulière. En effet, malgré sa grande fréquence (quatrième rang des décés par cancer chez l'homme) le peu de publications actuelles qui lui sont consacrées rend compte du découragement des thé-

rapeutes.

De l'étiologie, deux faits sont bien établis : la prédilection pour l'homme et le rôle de l'irritation muqueuse chronique, le plus souvent par l'alcool et le tabac. D'où l'habituel mauvais état général et la plus grande fréquence dans des classes sociales souvent déshéritées.

Le pronostic est très sombre, le plus grave des cancers de l'homme. Si, par ordre de fréquence, le cancer de l'œsophage vient après les néoplasies pulmonaires, gastriques et prostatiques, il occupe le premier rang pour sa mortalité.

La thérapeutique a jusqu'à présent apporté peu de modifications aux résultats de survie. La Chirurgie, très délicate, souvent refusée, toujours grevée d'une lourde mortalité opératoire, fait état de maigres résultats pour des localisations et des cas privilégiés. La Chimiothérapie qui représente peut-être la solution d'avenir, n'est pour l'instant qu'un adjuvant. Reste la Radiothérapie, qui avec les hautes énergies n'a pas entrainé d'amélioration notable.

C'est dans l'espoir d'améliorer les résultats des traitements actuels par des indications plus nuancées,

le respect des contre-indications, la recherche des facteurs de pronostic cachés que nous avons entrepris l'étude de 271 dossiers de sujets traités au C.R.A.C. de TOULOUSE et mis au point une fiche de traitement.

Notre travail comprendra deux parties, d'une part, l'établissement d'une fiche médicale, avec en particulier codification des images radiologiques et d'autre part, les résultats avec les commentaires.

CHAPITRE PREMIER

MATERIEL

CHAPITRE PREMIER

M A T E R I E L

Les dossiers de malades atteints de cancer œsophagien et traités au C.R.A.C. de TOULOUSE entre les années 1960 et 1968, ont été rassemblés.

Ne furent retenus que les cas correspondant aux trois conditions suivantes : présence d'une observation clinique et de clichés radiographiques effectués dès l'entrée du malade, mode exact de traitement enfin surveillance post-thérapeutique aussi bien sur le plan clinique que radiologique.

Chacun de ces dossiers a été méthodiquement étudié. Tout élément paraissant présenter quelque intérêt immédiat ou influer sur le pronostic, a été noté. Ainsi a été conçu l'établissement d'une fiche médicale destinée à l'exploitation par ordinateur.

C H A P I T R E D E U X I E M E

DESCRIPTION DE LA FICHE MEDICALE AVEC ESSAI DE CODIFICATION DES IMAGES RADIOLOGIQUES DES CANCERS OESOPHAGIENS

N° Identification

ACE

SEXE

HISTOLOGIE

A K. Epidermoïde
I Différencié [I]
2 Indifférencié [2]
B K. Glandulaire [3]
C Sarcome [4]
D \ [5]

TRAITEMENT

A Abstention [I]
B Chirurgie I/ Curatrice [2]
2/ Palliative (Gastro) [3]
C TRaitement = CO
I/ Cyclo [4]
2/ Fixe [5]
3/ Pendulaire [6]

SURVIE MOIS [ ][ ]

• Forme STENOSANTE [I]
• Forme BOURGEONNANTE [2]

Dilatation d'amont 0 [0]
+ [I]
++ [2]
+++ [3]
++++ [4]

Degré de sténose 0 [0]
+ [I]
++ [2]
+++ [3]
++++ [4]

Hauteur

C6	I
C7	2
D1	3
D2	4
D3	5
D4	6
D5	7
D6	8
D7	9
D8	I0
D9	II
D10	I2
D11	I3
D12	I4

Largeur

Intra [I]
Extra spicule [2]
fistule [3]

Ombre péri-tumorale [4]

Evolution radio sous traitement CO [3]

TB +++ [2]
B ++ [I]
0

Adénopathie [I]

Métastase [2]

Température

37	
38	
39	

Perte poids

30%	
20 %	
I0 %	
0	

VS

I0	
I0-50	
50 I00	

Iè H.

GR

5-4	
4-3	
3	

GB

> I0.000	
< 4	

CHAPITRE DEUXIEME

DESCRIPTION DE LA FICHE MEDICALE

La fiche médicale est établie pour chaque sujet et comporte :

1° - Le numéro d'identification, qui permet de connaître l'année du traitement.

2° - L âge. On savait d'une part que ce cancer touche le sujet à l'âge adulte et même vers la fin de l'âge adulte. Les analyses donnent dans les vérifications un âge moyen de 61 ans 6 mois ; d'autre part, il était intéressant de savoir s'il existe une relation entre l'âge et la survie, et surtout entre l'âge, l'intensité du traitement et la survie.

3° - Le sexe - Toutes les statistiques donnaient une forte majorité au sexe masculin. On le confirme dans cette étude : 266 hommes, 5 femmes.

4° - L'histologie : Les tumeurs malignes œsophagiennes se développant aux dépens de la muqueuse, il s'agit, en règle générale, d'épithéliomas malphigiens spino-cellulaires. Cependant ces tumeurs sont ici diver-

sifiées en quatre cases afin d'apprécier les proportions réelles dans la série et d'établir des variations de pronostic suivant le type.

Première case : Cancers Epidermoïdes différenciés et indifférenciés. C'est la majorité des tumeurs malignes de l'œsophage, qui naissent de l'épithélium de revêtement dont elles reproduisent plus ou moins fidèlement la structure, en réalisant des boyaux cellulaires épithéliaux. Ceux-ci présentent, suivant le type, une différenciation plus ou moins nette, pouvant aller jusqu'à la kératinisation et les globes cornés. 227 cancers épidermoïdes sont reconnus.

Deuxième case : Cancers glandulaires. Ils sont faits de cellules cylindriques et ont leur point de départ au niveau des canaux excréteurs ou des acini des glandes mucipares œsophagiennes. Ils peuvent encore partir de zones de métaplasie glandulaire de l'épithélium de revêtement. Dans cette statistique il est compté 9 cas de cancers glandulaires, dont 8 développés sur la portion terminale de l'œsophage.

Troisième cas : Sarcomes. Ils prennent leur origine dans le tissu vasculo-musculaire de la paroi œsophagienne.

Un cas est étudié.

Quatrième case : Formes malignes non précisées. 34 cas sont trouvés où l'examen histologique sur frottis révèle la présence de cellules carcinomateuses.

5° - Le traitement. Le choix peut retenir : soit l'abstention thérapeutique. Elle groupe 16 cas qui n'ont pu bénéficier de la chirurgie ou de la radiothérapie, du fait surtout de la précarité de l'état général. Il est néanmoins entrepris chez eux (tout comme dans les autres cas) un traitement visant à rééquilibrer ces organismes dénutris, anémiques et surinfectés. Soit la chirurgie. Elle groupe les interventions entreprises dans un but curatif (6 cas s'adressant à des localisations limitées du tiers inférieur de l'œsophage)et celles entreprises dans un but palliatif (14 cas de gastrostomie de nécessité précobalthérapie). Soit la Télécobalthérapie. Elle utilise le rayonnement gamma du Cobalt 60. L'émission se faisant de façon théoriquement monochromatique (1,25 Mev). Ce mode de radiothérapie de haute énergie présente deux intérêts dans le traitement des cancers œsophagiens : d'une part, l'augmentation du taux de transmission, qui entraîne une diminution de la part du rayonnement diffusé, d'où l'amélioration du rapport dose utile / dose intégrale.

D'autre part, la facilité de mobilisation de la source rend très aisée la radiothérapie de mouvement. Ainsi cette radiothérapie cinétique qui, avec le rayonnement conventionnel était handicapée par l'importance de la dose intégrale, représente, avec la cobalthérapie, une amélioration technique rentable. La cobalthérapie permet, en effet, de délivrer une dose cytolytique, si l'on désire un effet curatif, et, de toute façon, d'agir avec un plus grand confort. Les techniques d'application varient selon l'étage anatomique considéré et selon la morphologie du sujet. Ainsi la fiche médicale est subdivisée selon trois modalités techniques d'application : la cyclothérapie, la thérapie par champs fixes, la thérapie pendulaire. En effet, au niveau du tiers supérieur de l'œsophage, la tumeur est d'un accès facile pour les radiations, mais il convient de respecter soigneusement le rachis par une répartition spatiale adaptée. On utilise alors soit une technique d'irradation triangulaire à trois champs fixes, un champ antérieur direct amenant la moitié de la dose et deux champs postérieurs, très peu inclinés, apportant chacun un quart de dose. Il semble cependant que le meilleur rendement soit obtenu par l'association d'une irradiation pendulaire antérieure et de deux champs fixes obliques latéro-vertébraux. Au niveau du tiers moyen de l'œsophage la cyclo-

cobalthérapie est presque toujours applicable. Elle utilise la mise en mouvement de la source autour de la tumeur, suivant une trajectoire décrivant un cercle complet. Le danger (difficilement évitable) est représenté par le hile pulmonaire et ses éléments vasculaires et nerveux, dont l'irradiation peut entrainer la constitution d'un "poumon radiothérapique". Au niveau du tiers inférieur de l'œsophage, la tumeur relève davantage de la chirurgie, qui possède là une de ses meilleures indications, que de la radiothérapie qui est limitée par la présence du cœur. En effet, d'une part, le noyau de concentration est déformé par l'absorption au niveau du coeur qui reçoit des doses notables. D'autre part, l'ignorance de l'action des radiations ionisantes sur le muscle cardiaque, doit rendre très prudents sur les techniques à employer dans cette localisation, car il y a risque de voir survenir des insuffisances cardiaques, dans le cas de survie assez prolongée. Il semble que, dans cette localisation particulière, les techniques à trois ou quatre champs fixes soient les plus satisfaisantes.

A ce schéma général, on doit ajouter deux modifications en fonction de la corpulence du sujet. Chez les longilignes, l'utilisation de la télécyclocobalthérapie

reste possible au niveau du tiers inférieur de l'œsophage, bien que le coeur reçoive des doses notables. Chez les brévilignes, l'utilisation de trois ou quatre champs fixes évite mieux l'irradiation de larges secteurs de tissu sain. Chacune de ces méthodes cherche à délivrer, au niveau du volume cible, une dose cytolytique de 5 000 à 6 000 rads. Il faut tenir compte, en particulier au niveau du tiers moyen de l'œsophage du facteur de correction pulmonaire, car l'absorption moindre de l'air contenu dans le tissu pulmonaire traversé par les radiations, expose à des surdosages dangereux. Il est convenu qu'il est délivré un traitement à visée curative lorsqu'est atteinte une dose totale de 5 000 à 5 500 rads, et ceci non compte tenu du facteur de correction pulmonaire. Le traitement est qualifié de palliatif pour des doses comprises entre 3 000 et 5 000 rads. Au dessous de 3 000 rads, il s'agit de traitement incomplet. La répartition temporelle est de 200 rads par jour et l'étalement est de l'ordre d'un mois.

La <u>télécobalthérapie</u> a été entreprise chez 235 sujets porteurs de néoplasie œsophagienne et a été appliquée dans 185 cas par <u>mouvement rotatoire</u> ; dans 26 cas par <u>mouvement pendulaire</u> ; dans 24 cas par <u>champs fixes</u>.

6° - Codification des images radiologiques.

Il est effectué une recherche de codification des images radiologiques des néoplasies œsophagiennes, sans méconnaitre les dangers qu'une telle entreprise comporte. D'abord, si fidèles que soient ces images, leur interprétation n'est pas toujours facile, et l'on sait qu'un débris alimentaire peut simuler un bourgeon, ou qu'un oedème inflammatoire peut simuler une infiltration néoplasique. Ensuite chaque technique a ses limites et la radiographie en particulier dans le cas qui nous occupe. En effet, le cancer œsophagien, a une propagation cellulolymphatique rapide et l'absence de séreuse sur la plus grande partie du trajet de l'œsophage entraîne des adhérences précoces aux organes cervicaux-médiastinaux, sans qu'il y ait pour autant de constants signes radiologiques.

On distingue généralement deux variétés anatomiques de néoplasies œsophagiennes, chacune de ces variétés possédant son expression radiologique propre. Les images sont donc classées en formes sténosantes et en formes bourgeonnantes, tout en reconnaissant que ces deux types d images sont souvent associés.

Les tumeurs sténosantes se développent principalement dans les couches sous-muqueuses et

tendent à enserrer l'œsophage, réalisant ainsi des sténoses précoces. Elles réalisent, au début, une simple raideur localisée, avec perte de souplesse des parois au passage du bol alimentaire et arrêt des contractions à ce niveau, pouvant évoluer vers un retrécissement circulaire plus ou mois régulier. A l'extrême, l'aspect radiologique est celui de la sténose fusiforme classique, plus ou moins serrée, avec dilatation d'amont plus ou moins importante.

Les tumeurs bourgeonnantes, elles, se développent en surface de façon circulaire. Le développement néoplasique en profondeur, aboutira à l'envahissement des tissus péri-œsophagiens. Cette variété de tumeur très friable, devient précocement le siège d'ulcérations. Ce processus conduit à la formation de fistules qui peuvent être borgnes ou peuvent communiquer avec les organes de voisinage. L'anatomie explique l'image radiologique : les bourgeons néoplasiques faisant saillie dans la lumière de l'organe, créent des images lacunaires, images de soustraction mal limitées, irrégulières, raides et immobiles en cours d'examen.

Pour chacune des deux formes, sont appréciées le degré de sténose et l'importance de la dilatation d'amont. En partant d'un calibre moyen de l'œsophage de

18 à 22 mm sont établies arbitrairement cinq graduations. Les mesures ont porté sur les zones d'extrême sténose ou d'extrême dilatation. Les degrés de sténose s'échelonnent de 20 mm (degré zéro) à 4 mm (degré 5) par fractions de 4 mm. Ainsi sont retenus les degrés suivants :

degré 0	- calibre normal 22 à 18 mm
degré 1	- correspond à 16 mm
degré 2	- d° à 12 mm
degré 3	- d° à 8 mm
degré 4	- d° à 4 mm

Les degrés de dilatation s'échelonnent jusqu'à 60 mm, par fractions de 10 mm :

degré 0	- calibre normal
degré 1	- 30 mm
degré 2	- 40 mm
degré 3	- 50 mm
degré 4	- 60 mm

L'étendue de la lésion est un point capital à préciser. Il est donc porté sur la fiche médicale l'extension de la tumeur quand cette extension a une traduction radiologique.

La détermination de l'étendue longitudinale de la tumeur a été faite en prenant par référence pour unité de mesure la hauteur d'un corps vertébral. La dimension radiologique apparente est cotée en cochant sur le schéma les vertèbres correspondant à la lésion. Il est tenu compte dans les mesures du fait que la limite supérieure toujours bien visible, est en général radiologiquement plus basse que la limite anatomique. Dans les cas de sténoses très serrées, il a été difficile de localiser avec précision la limite inférieure.

L'extension transversale a été appréciée par la présence sur les clichés radiographiques de spicule, de fistule ou d'ombre péri-tumorale. L'absence de ces éléments permet de conclure à une forme intra-œsophagienne. Il a été méthodiquement recherché la moindre image d'addition, simple épine, petit spicule siégeant sur la zone suspecte et pouvant traduire le début de l'ulcération.

L'étude des dossiers examinés a porté sur les cas suivants :

Formes Sténosantes = 141 cas

Formes Bourgeonnantes = 130 cas

Dilatation d'amont :

degré 0 =	(calibre normal)	9 cas
degré 1 =	(30 mm)	83 cas
degré 2 =	(40 mm)	103 cas
degré 3 =	(50 mm)	58 cas
degré 4 =	(60 mm)	18 cas

Degré de Sténose :

degré 0 =	(calibre normal)	1 cas
degré 1 =	(16 mm)	22 cas
degré 2 =	(12 mm)	58 cas
degré 3 =	(8 mm)	82 cas
degré 4 =	(4 mm)	108 cas

Extension :

Hauteur : 1 vertèbre	=	19 cas
2 d°	=	99 cas
3 d°	=	106 cas
4 d°	=	36 cas
5 d°	=	8 cas
6 d°	=	3 cas
7 d°	=	0 cas

Largeur :

Formes intra-œsophagiennes = 184 cas

Formes extra-œsophagiennes = 76 cas

spicules = 63 cas

fistules = 13 cas

Ombre péri-tumorale = 11 cas

7° - Evolution des images radiologiques après traitement curatif par cobalthérapie . Les sujets soumis à la télécobalthérapie ont été suivie régulièrement par des examens radiographiques pratiqués en cours de traitement et dans les semaines suivant la fin de ce traitement. L'évolution de la tumeur irradiée (ou du moins son image radiologique) a pu être suivie et la notion s'est posée d'une relation possible entre cette évolution suivie et la survie globale. Pour cela, les clichés pratiqués en fin de traitement, ou dans le mois suivant, ont été systématiquement examinés dans 136 cas et l'on a établi l'évolution selon quatre classes différentes :

Classe I - Normalisation de l'image = 14 cas

Classe II - Amélioration = 69 cas

Classe III - Pas d'amélioration = 53 cas

8' - Signes de dissémination. La découverte clinique ou radiologique, d'adénopathies et de métastases

bouleverse le pronostic et entraîne d'importantes modifications dans les plans de traitements. Sont décomptés 30 sujets porteurs d'adénopathies, 14 sujets porteurs de métastases.

9° Bilan Général. Chaque fois qu'il a été possible, sont appréciés la composante infectieuse et le retentissement de la lésion sur l'équilibre protidique par l'étude des éléments suivants :

1 - La perte de poids

30 %	= 28 cas
20 %	= 41 cas
10 %	= 35 cas
0 %	= 10 cas

2 - La vitesse de sédimentation globulaire à la première heure

10 mm	= 23 cas
10 - 50 mm	= 60 cas
50 - 100 mm	= 43 cas

3 - l'hémogramme :

Globules rouges.

5 à 4 millions	= 4 cas
4 à 3 millions	= 69 cas
3 millions	= 131 cas

Globules blancs .

4000	= 3 cas
4000 - 10 000	= 132 cas
10 000	= 73 cas

C H A P I T R E T R O I S I E M E

R E S U L T A T S

ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DES DIFFERENTS PARAMETRES

CHAPITRE TROISIEME

R E S U L T A T S

I - ETUDE DE LA SURVIE GLOBALE

(Moyenne exprimée en mois)

S U R V I E	
MOYENNE	: 8,62
VARIANCE	: 97,37
ECART-TYPE	: 9,87
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 271.00

II - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE L'HISTOLOGIE

1° - Epitheliomas épidermoïdes

S U R V I E	
MOYENNE	: 8.00
VARIANCE	: 103.50
ECART-TYPE	: 10.17
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 227

2° - Epitheliomas glandulaires

S U R V I E	
MOYENNE	: 11.22
VARIANCE	: 173.28
ECART-TYPE	: 13.16
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 9.00

3° - Sarcome : 1 cas non analysé

4° - Cytologie : 34 cas non analysés

III - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DU TRAITEMENT

A - Abstention thérapeutique

S U R V I E		
MOYENNE	:	4.00
VARIANCE	:	15.07
ECART-TYPE	:	3.88
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	16.00

B - 1 - Chirurgie curative

S U R V I E		
MOYENNE	:	24.00
VARIANCE	:	474.67
ECART-TYPE	:	21.79
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	6.00

B - 2 - Chirurgie palliative

S U R V I E		
MOYENNE	:	2.54
VARIANCE	:	3.02
ECART TYPE	:	1.74
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	14.00

C - 1 - Cyclocobalthérapie

S U R V I E		
MOYENNE	:	8.88
VARIANCE	:	100.34
ECART-TYPE	:	10.02
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	185.00

C - 2 - Cobalthérapie par champs fixes

S U R V I E		
MOYENNE	:	5.79
VARIANCE	:	10.50
ECART-TYPE	:	3.24
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	24.00

C - 3 - Cobalthérapie pendulaire

S U R V I E		
MOYENNE	:	11.38
VARIANCE	:	70.85
ECART-TYPE	:	8.42
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	26.00

IV - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE L'IMAGE RADIOGRAPHIQUE.

A - Forme sténosante

S U R V I E	
MOYENNE	: 8.31
VARIANCE	: 78.84
ECART-TYPE	: 8.88
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 141.00

B - Forme bourgeonnante

S U R V I E	
MOYENNE	: 9.05
VARIANCE	: 118.18
ECART-TYPE	: 10.87
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 130.00

C - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE LA DILATATION D'AMONT

1 - Dilatation d'amont o

S U R V I E	
MOYENNE	: 8,55
VARIANCE	: 39,36
ECART-TYPE	: 6,27
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 9,00

2 - Dilatation d'amont +

S U R V I E	
MOYENNE	: 11,05
VARIANCE	: 167,13
ECART-TYPE	: 12,93
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 83,00

3 - Dilatation d'amont ++

S U R V I E		
MOYENNE	:	9.00
VARIANCE	:	95.83
ECART-TYPE	:	9.79
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	103.00

4 - Dilatation d'amont +++

S U R V I E		
MOYENNE	:	6.34
VARIANCE	:	16.85
ECART-TYPE	:	4.10
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	58.00

5 - Dilatation d'amont ++++

S U R V I E		
MOYENNE	:	3.33
VARIANCE	:	6.78
ECART-TYPE	:	2.60
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	18.00

D - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DU DEGRE DE STENOSE -

1 - Degré de Sténose o

S U R V I E		
MOYENNE	:	5.00
VARI ANCE	:	0.00
ECART-TYPE	:	0.00
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	1.00

2 - Degré de Sténose +

S U R V I E		
MOYENNE	:	10.14
VARIANCE	:	63.66
ECART-TYPE	:	7.98
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	22.00

Degré de Sténose ++

S U R V I E	
MOYENNE	: 9.36
VARIANCE	: 139.20
ECART-TYPE	: 11.80
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 58.00

Degré de Sténose +++

S U R V I E	
MOYENNE	: 9.43
VARIANCE	: 115.78
ECART-TYPE	: 10.76
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 82.00

Degré de Sténose ++++

S U R V I E	
MOYENNE	: 7.45
VARIANCE	: 67.03
ECART-TYPE	: 8.19
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 108.00

E - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE L'EXTENSION EN HAUTEUR (mesurée en vertèbres) de la TUMEUR

Hauteur 01

S U R V I E	
MOYENNE	: 11.11
VARIANCE	: 148.62
ECART-TYPE	: 12.19
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 19.00

Hauteur 02

S U R V I E	
MOYENNE	: 9.96
VARIANCE	: 115.74
ECART-TYPE	: 10.76
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 99.00

Hauteur 03

S U R V I E	
MOYENNE	: 8.70
VARIANCE	: 98.04
ECART-TYPE	: 9.90
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 106.00

Hauteur 04

S U R V I E		
MOYENNE	:	5.19
VARIANCE	:	23.21
ECART-TYPE	:	4.82
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	36.00

Hauteur 05

S U R V I E		
MOYENNE	:	3.44
VARIANCE	:	2.25
ECART-TYPE	:	1.50
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	8.00

Hauteur 06

S U R V I E		
MOYENNE	:	3.67
VARIANCE	:	4.22
ECART-TYPE	:	2.05
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	3.00

F - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE L'EXTENSION EN LARGEUR DE LA TUMEUR -

1 - La tumeur est intra-œsophagienne

S U R V I E	
MOYENNE	: 10,10
VARIANCE	: 116,73
ECART-TYPE	: 10,80
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 184,00

2 - Présence de spicules

S U R V I E	
MOYENNE	: 6,21
VARIANCE	: 58,29
ECART-TYPE	: 7,63
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 63,00

3 - Présence de fistule

S U R V I E		
MOYENNE	:	3.62
VARIANCE	:	4.70
ECART-TYPE	:	2.17
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	13.00

4 - Présence d'opacité péri-tumorale

S U R V I E		
MOYENNE	:	4.18
VARIANCE	:	3.42
ECART-TYPE	:	1.85
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	11.00

G - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE L'EVOLUTION DES IMAGES RADIOLOGIQUES SOUS L'EFFET DE LA COBALTHERAPIE - (Etude portant sur 136 cas)

Evolution radio sous traitement CO
TB +++

S U R V I E		
MOYENNE	:	8.57
VARIANCE	:	44.96
ECART-TYPE	:	6.71
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	14.00

Evolution radio sous traitement CO
B ++

S U R V I E		
MOYENNE	:	9.62
VARIANCE	:	118.96
ECART-TYPE	;	10.91
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	69.00

Evolution radio sous traitement CO
0

S U R V I E		
MOYENNE	:	10.75
VARIANCE	:	11.24
ECART-TYPE	:	111.24
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	53.00

V - ETUDE DE LA SURVIE POUR LES FORMES STENOSANTES EN FONCTION DU TRAITEMENT APPLIQUE -

1 - Abstention

S U R V I E		
MOYENNE	:	2.80
VARIANCE	:	3.36
ECART-TYPE	:	1.83
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	6.00

2 - Chirurgie curative

S U R V I E		
MOYENNE	:	31.50
VARIANCE	:	812.25
ECART-TYPE	:	28.50
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	2.00

3 - Chirurgie palliative

S U R V I E		
MOYENNE	:	3.00
VARIANCE	:	4.40
ECART-TYPE	:	2.10
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	6.00

4 - Cyclocobalthérapie

S U R V I E		
MOYENNE	:	8.52
VARIANCE	:	71.67
ECART-TYPE	:	8.47
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	103.00

5 - Cobalthérapie fixe

S U R V I E		
MOYENNE	:	5.23
VARIANCE	:	5.25
ECART-TYPE	:	2.29
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	13.00

6 - Cobalthérapie pendulaire

S U R V I E		
MOYENNE	:	10.09
VARIANCE	:	35.54
ECART-TYPE	:	5.96
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	11.00

VI - ETUDE DE LA SURVIE POUR LES FORMES BOURGEONNANTES EN FONCTION DU TRAITEMENT APPLIQUE

1 - Abstention

S U R V I E		
MOYENNE	:	4.60
VARIANCE	:	19.84
ECART-TYPE	:	4.45
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	10.00

2 - Chirurgie curative

S U R V I E		
MOYENNE	:	20.25
VARIANCE	:	263.69
ECART-TYPE	:	16.24
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	4.00

3 - Chirurgie palliative

S U R V I E		
MOYENNE	:	2.25
VARIANCE	:	1.94
ECART-TYPE	:	1.39
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	8.00

4 - Cyclocobalthérapie

S U R V I E		
MOYENNE	:	9.47
VARIANCE	:	138.35
ECART-TYPE	:	11.76
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	80.00

5 - Cobalthérapie fixe

S U R V I E		
MOYENNE	:	6.45
VARIANCE	:	15.88
ECART-TYPE	:	3.99
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	11.00

6 - Cobalthérapie pendulaire

S U R V I E		
MOYENNE	:	12.33
VARIANCE	:	94.62
ECART-TYPE	:	9.73
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	15.00

VII - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE LA PRESENCE D'ADENOPATHIE

S U R V I E		
MOYENNE	:	9.77
VARIANCE	:	147.65
ECART-TYPE	:	12.15
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	30.00

VIII - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE LA PRESENCE DE METASTASE

S U R V I E		
MOYENNE	:	5.09
VARIANCE	:	15.54
ECART-TYPE	:	3.94
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	11.00

IX - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE LA PRESENCE D'ADENOPATHIE ET DE METASTASE

S U R V I E		
MOYENNE	:	6.33
VARIANCE	:	1.55
ECART-TYPE	:	1.25
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	3.00

X - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DE LA PERTE DE POIDS - (Etude portant sur 114 cas)

Perte Poids O %

S U R V I E	
MOYENNE	: 12.20
VARIANCE	: 159.56
ECART-TYPE	: 12.63
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 10.00

Perte Poids 10 %

S U R V I E	
MOYENNE	: 10.23
VARIANCE	: 173.43
ECART-TYPE	: 13.17
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 35.00

Perte Poids 20 %

S U R V I E		
MOYENNE	:	7.15
VARIANCE	:	29.15
ECART-TYPE	:	5.40
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	41.00

Perte Poids 30 %

S U R V I E		
MOYENNE	:	6.86
VARIANCE	:	55.48
ECART-TYPE	:	7.45
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	28.00

XI - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DES MODIFICATIONS DE LA VITESSE DE SEDIMENTATION

(Etude portant sur 126 cas)

VS 10

S U R V I E		
MOYENNE	:	9.48
VARIANCE	:	52.51
ECART-TYPE	:	7.25
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	23.00

VS 10-50

S U R V I E		
MOYENNE	:	8.40
VARIANCE	:	64.97
ECART-TYPE	:	8.06
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	60.00

VS 50-100

S U R V I E		
MOYENNE	:	5.98
VARIANCE	:	24.95
ECART-TYPE	:	5.00
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	43.00

XII - ETUDE DE LA SURVIE EN FONCTION DES MODIFICATIONS DE L'HEMOGRAMME -

(Etude portant sur 204 cas)

A - Globules rouges

GR 3 M

S U R V I E		
MOYENNE	:	8.00
VARIANCE	:	2.00
ECART-TYPE	:	1.41
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	4.00

GR 4-3 M

S U R V I E		
MOYENNE	:	6.41
VARIANCE	:	23.26
ECART-TYPE	:	4.82
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	69.00

GR 5-4 M

S U R V I E		
MOYENNE	:	8.56
VARIANCE	:	80.37
ECART-TYPE	:	8.96
NOMBRE D'INDIVIDUS	:	131.00

B - Globules Blancs

GB 4000

S U R V I E	
MOYENNE	: 20.67
VARIANCE	: 323.56
ECART-TYPE	: 17.99
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 3.00

GB 4 10 000

S U R V I E	
MOYENNE	: 7.67
VARIANCE	: 41.51
ECART-TYPE	: 6.44
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 132.00

GB 10 000

S U R V I E	
MOYENNE	: 7.49
VARIANCE	: 75.18
ECART-TYPE	: 8.67
NOMBRE D'INDIVIDUS	: 73.00

C H A P I T R E Q U A T R I E M E

INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE QUATRIEME

INTERPRETATION DES RESULTATS

1 - Commentaires d'ordre mathématique :

Le petit nombre de cas étudiés et l'hétérogénéïté des ensembles constituent les obstacles majeurs à l'essai d'interprétation des résultats. D'une part, il est évident qu'on ne peut à partir de 271 dossiers de cancers œsophagiens (dont seulement 185 constituent un groupe traité de façon identique) tirer des conclusions et à plus forte raison extrapoler. Il serait donc souhaitable que l'on puisse utiliser une fiche médicale sur une plus grande échelle, de manière à retirer le maximum d'informations du plus grand nombre de cas. D'autre part, la lecture des résultats surprend par l'importance de la variance ou de l'écart-type, qui traduit l'hétérogénéïté de l'ensemble analysé. La moyenne donne en effet une indication insuffisante et il faut avoir recours à la variance ou mieux à l'écart-type pour avoir une idée plus précise de la réalité. Or l'inégalité de BIENAYME TCHEBICHEFF dit qu'il y a au moins 75 % de chances pour que le résultat considéré soit à l'intérieur de l'intervalle compris entre

/MOYENNE + 2 ECARTS-TYPES/ et / MOYENNE - 2 ECARTS TYPES/. Ce qui revient à dire que plus la variance ou l'écart-type seront importants par rapport à la moyenne, moins le groupe sera homogène et le résultat moins valable.

2 - Commentaires d'ordre médical

L'histologie n'intervient pas dans le pronostic. En effet, outre l'identique taux de survie trouvé dans les épithéliomas différenciés et indifférenciés, il ne semble pas que l'on doive rattacher le meilleur taux de survie des épithéliomas glandulaires au seul fait qu'ils sont glandulaires, mais bien plus à leur topographie dont découle une thérapeutique particulière.

On ne peut parler davantage de la survie en fonction du mode de traitement, puisque dans le choix de la thérapeutique sont intervenus des facteurs aussi différents que l'âge, la localisation et l'étendue de la tumeur. Or les différentes thérapeutiques s'adressent à des malades très différents, ce qui interdit toute comparaison.

Par contre, bien plus intéressante est l'étude de la survie moyenne en fonction de l'image radiologique.

On retrouve un léger avantage pour la forme bourgeonnante sur la forme sténosante. Ce qui confirme ce que l'on savait classiquement. Mais ce qui importe plus particulièrement est l'étude des facteurs de sténose, dilatation sus-jacente et extension en hauteur. Et on a pu mettre en évidence la relation très nette entre la variation de ces facteurs, estimée en degrés et la survie. La présence sur les radiographies de spicules, de fistules ou d'opacité péri-tumorale, est un important facteur d'aggravation ce que nous savions déjà. Alors que contrairement à ce que l'on pouvait penser, il ne semble pas qu'il doive être tenu compte de l'amélioration radiologique immédiate des cas traités par cobalthérapie pour espérer une survie plus grande. L'existence clinique ou radiologique d'adénopathies, et à un degré moindre de métastases, ne semble pas modifier profondément la survie moyenne. Mais la relation entre adénopathie ou métastase et survie, dégagée d'un nombre restreint de cas, doit être considérée avec prudence.

A côté de ce que l'on pourrait appeler les facteurs radiologiques de survie, il est apparu que la répercussion de la néoplasie sur l'hôte, jugée simplement par les modifications de l'hémogramme ou du poids (puis-

que on ne pouvait l'apprécier différemment) devait également jouer un grand rôle. Confirmation en a été donnée en observant les parallèles existant entre anémie, désésuilibre protidique, hyperleucocytose et survie.

Il a semblé que chez les sujets de plus de 65 ans, les survies les plus longues étaient obtenues avec des doses inférieures à celles considérées comme curatives.

C O N C L U S I O N S

C O N C L U S I O N S

En 1934 MOSHER écrivait "le cancer de l'œsophage thoracique est le chapitre le plus triste de la Médecine". Près de quatre décennies ont passé au cours desquelles se sont succédées les plus merveilleuses découvertes médicales. Mais cette phrase aurait pu être écrite aujourd'hui, elle est toujours d'actualité. L'espoir de Churchill, le chirurgien de Boston, qui à cette même époque voyait la conquête de cette dernière frontière de la chirurgie "just around the corner", ne s'est pas réalisé. La chimiothérapie antimitotique, qui est peut être appelée à prendre une grande place dans la lutte contre les affections néoplasiques, n'a pas amélioré le traitement de ce cancer. La radiothérapie, qui dans la maladie de Hodgkin ou le séminome a vu un bouleversement de notions depuis longtemps acquises, n'a été le témoin de rien de tel dans le problème qui nous occupe. En fait le traitement du cancer de l'œsophage a été jusqu'à présent si décevant qu'aucune discipline n'a pu en revendiquer à juste raison l'exclusivité.

Il nous est apparu que la masse considérable de dossiers médicaux demeurée inexploitée dans les services d'archives, représente une perte importante de possibilités dans les connaissances. Dans cet esprit a été conçue une fiche médicale adaptée aux dossiers de cancers de l'œsophage traités au C.R.A.C. de Toulouse. Cette fiche médicale sera modifiée dans l'avenir, car d'année en année, tout évolue même la façon d'interroger les malades, de les examiner et d'interpréter les résultats des examens. Mais il n'est pas interdit de penser que lorsque le nombre de dossiers analysé regroupera l'ensemble de la population traitée - au moins dans les Centres anti-cancéreux - de grandes enquêtes deviendront possibles. Alors les notions classiques pourront se trouver infirmées ou confirmées, des notions nouvelles pourront se faire jour, des attitudes thérapeutiques différentes pourront être dégagées, dans l'intérêt des malades.

Vu : Le Président de Thèse

P. MARQUES

VU et PERMIS D'IMPRIMER
Toulouse le 20 janvier 1970

Le Doyen
Président du Conseil
transitoire de Gestion

G. LAZORTHES

B I B L I O G R A P H I E

B I B L I O G R A P H I E

AIRD. I. LEC D. R. - Les groupes sanguins ABO et le cancer de l'œsophage le cancer du pancreas et l'adenome hypophysaire
BRITISH MED J. 1960 - Avril p. 1163

ALMARIC R. CLEMENT R. et coll. L'apport des radiations dans le traitement des cancers de l'œsophage. Gazette Médicale de France, 69 : 3.065-3 069, 1962

BEYOULIERES P. Les pièges de l'examen radiologique dans le diagnostic du cancer de l'œsophage. Carcinologie et Radiologie Actualités 1964 I-8

BERNARD Ph. GELLE X., LALANNE L., LOISILLIER F., MARKOVITZ P., PICARD J.D. et PIERQUIN B. - Etude de 229 cas de cancer de l'œsophage thoracique suivis à l'I.G.R. de 1948 à 1955, Bulletin du Cancer, 43, 1956, p. 296

BERT J.M., SEIGNALET J., SERROU B. - Les cancers mixtes de l'œsophage ou adéno-cancroïdes, J.M. Montpellier I : 33-35, 1966

BUCHET R. JOUVE R. & LACAZE-MASMONTEIL G. - A propos de l'étude cinématographique des cancers de l'œsophage irradiés par télécobalt, ou de l'intérêt des "documents montés".
J.R. et Electr. 1965 46 306-308

CALVET J., MARQUES P. & coll. - Le cancer sur méga-œsophage - Ann. Oto-Laryng., 82 : 284-289, 1965

CANDARDJIS G. - Le cancer de l'œsophage (diagnostic et traitement) - Masson 1963

CHAVY A. & PAUGMAN B. - Les cancers œsophagiens ulcérés et douloureux. Gazette Médicale de France 1963 70 21 3309 - 3316

CHENE P. Remarques sur le cancer de l'œsophage
Gazette Médicale de France. 69 : 3071-3075, 1962

CHENE P., MARKOVITS P. & coll. - Le cancer métastatique de l'œsophage.
Gazette Médicale de France, 69 : 371-389, 1962

B I B L I O G R A P H I E

AIRD. I. LEC D. R. - Les groupes sanguins ABO et le cancer de l'œsophage le cancer du pancreas et l'adenome hypophysaire
BRITISH MED J. 1960 - Avril p. 1163

ALMARIC R. CLEMENT R. et coll. L'apport des radiations dans le traitement des cancers de l'œsophage. Gazette Médicale de France, 69 : 3.065-3 069, 1962

BETOULIERES P. Les pièges de l'examen radiologique dans le diagnostic du cancer de l'œsophage. Carcinologie et Radiologie Actualités 1964 I-8

BERNARD Ph. GELLE X., LALANNE L., LOISILLIER F., MARKOVITZ P., PICARD J.D. et PIERQUIN B. - Etude de 229 cas de cancer de l'œsophage thoracique suivis à l'I.G.R. de 1948 à 1955, Bulletin du Cancer, 43, 1956, p. 296

BERT J.M., SEIGNALET J., SERROU B. - Les cancers mixtes de l'œsophage ou adéno-cancroïdes, J.M. Montpellier I : 33-35, 1966

BUCHET R. JOUVE R. & LACAZE-MASMONTEIL G. - A propos de l'étude cinématographique des cancers de l'œsophage irradiés par télécobalt, ou de l'intérêt des "documents montés".
J.R. et Electr. 1965 46 306-308

CALVET J., MARQUES P. & coll. - Le cancer sur méga-œsophage - Ann. Oto-Laryng., 82 : 284-289, 1965

CANDARDJIS G. - Le cancer de l'œsophage (diagnostic et traitement) - Masson 1963

CHAVY A. & PAUGMAN B. - Les cancers œsophagiens ulcérés et douloureux. Gazette Médicale de France 1963 70 21 3309 - 3316

CHENE P. Remarques sur le cancer de l'œsophage Gazette Médicale de France. 69 : 3071-3075, 1962

CHENE P., MARKOVITS P. & coll. - Le cancer métastatique de l'œsophage.
Gazette Médicale de France, 69 : 371-389, 1962

CHERIGIE E. Le cancer de l'œsophage II. Diagnostic radiologique. Les Cahiers du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris 1960 I N° II 823-826

CHERIGIE, TAVERNIER, DEPORTE, DOYON - Radiologie cinétique de la région oeso-cardio-tubérositaire. J.E.R. 48 N° 10 1967 513-526

CHEVALLIER J. et CHEVALIER G. La fiche médicale du malade hospitalisé et son exploitation en ordinateur. Une expérience de l'Assistance Publique à Paris - Concours Médical 28 VI 1969.

CLAUX, LAPEYRERE - Des difficultés de diagnostic de certains cancers bas situés de l'œsophage. - Les annales d'Oto-Laryngologie-
Tome 77 N° 3 Mars 1960

CLIFFTON E.E. GOODNER I.T. Irradiations préopératoires dans le cancer de l'œsophage - CANCER vol. 13 n° 1 Janvier 1960.

COUFFIGNAL Louis - La Cybernétique - Presse Universitaire de France.

DEBRAY Ch. HARDOIN J.P. TAVERNIER C. & LODS J.C.
A propos de l'étude des cancers du bas œsophage et du cardia. Difficultés d'interprétation et causes d'erreur en radiocinématographie.
Arch. Mal. App. Dig. 1962 51 p. 1043

DELACROIX R. CLAY A. & COLL - Deux observations de réticulo sarcome de l'œsophage - Arch. Mal. de l'Appareil Digestif - Tome 8 n° 12 Décembre 1959.

DESGREZ H. & ANTOINE M. Renseignements fournis par l'examen radiologique dans la cure chirurgicale des cancers de l'œsophage.
J. Rad. et Electr. 1948 29 5.6. p. 310

DEVOIS A. DECKER R. DESANTI A. - Résultats dans la cyclothérapie du cancer œsophagien - Journées nationales des 14, 15, 16 Octobre 1954

DOR Vincent - La chirurgie de l'œsophage - Horizons Médicaux Juin 66.

EBENIUS B., GYNNING I. - Cyclothérapie du cancer œsophagien, résultats éloignés. The Swedish Cancer Society--Year Book 1963-65 p. 389-396.

FONTAINE R. WARTER P. & BRIDIER J.J. A propos d'un cas de cancer développé sur un mégaœsophage idiopathique sept ans après une opération de Heller par voie thoracique - J. Rad. et Electr. 1966 47 463-465

GIRARD M. & LEVRAT R. - Le cancer de l'œsophage chez la femme. Considérations étiologiques et cliniques. A propos de 18 observations.
Arch. Mal. App. Digestif 1965 54 P. 869

GODLUST D. & MASSELOT J. - Apport de la radiologie dans le diagnostic des tumeurs malignes de l'œsophage. Feuillets d'Electro radiologie 1967 7 N° 38

GOODNER J. T. , MILLER T.R. & COLL. - Sarcome de l'œsophage - Am. J. Roentgenol, 89 132-139, 1963

GOUDOT PERROT A. Cybernétique et Biologie - Presses Universitaires de France.

GREEN A.E. & Coll. - Léiomyome de l'œsophage - Amer, J. Roentgenology Volume 82 n° 6 Décembre 1959

GREMY F. & HIREL J.C. - Notions théoriques et pratiques d'informatique. Documentations Médicales permanentes. Concours Médical 1969

GUIBERT H.L. & ORIOL R. - Les mélanomes primitifs de l'œsophage. Revue de Laryng. Otol. Rhinol. Février 1960

HERVE A. Cyclothérapie du cancer de l'œsophage - J. Radiologie Tome 40 - N° 11 Novembre 1959

HILLEMAND P. LEYMARIOS J. - A propos de certains cancers œsophagiens à début inhabituel. Sem. des hopitaux de Paris. p. 150 - Janvier 60

ISRAEL L. - Etat immunitaire et sécrétion tumorale. Entretiens de Bichat 1969.

JACOB P. ABBATUCCI J. S. ROBILLARD J. - Résultats comparés du traitement des cancers de l'œsophage par cobalthérapie et radiothérapie à 200 Kw. - J.E.R. 45 n° 12 1964 p. 64 - 69.

JONES C.H. Carcinoma of the œsophagus, with spécial référence to the upper third - Physical considérations Brit. J. Radiol. , 39 : 197 - 204, 1966

KEITH H.B. - Cancer de l'œsophage . A.M.A. Arch. Surgery volume 80 P. 434 Mars 1960

LAAGEL I. - Le traitement radiothérapique du cancer de l'œsophage - Thèse Lyon 1959

LACHAPELLE A.P. LAGARDE C & coll. - Bilan de sept ans d'expérience de cycloroentgenthérapie du cancer de l'œsophage. J. Radiol. et Electrol., 45 : 732-735 1964

LEBORGNE R. LEBORGNE F. & coll. - Cancer de l'œsophage. Résultats de la radiothérapie . - Brit. J. Radiol. 36 : 806 -811 , 1963

LEDERMAN M. - Cancer de l'œsophage avec référence spéciale au tiers supérieur - Considérations cliniques Brit. J. radiol., 39 : 193-204, 1966

LEGER Lucien - Cancer de l'œsophage - Atlas radiologique de la Presse Médicale.

LEMOINE J.M. FAUBET J. ROSE Y. BRULE G. & CHAVY A. La fréquence des extensions des cancers œsophagiens à la trachée et aux bronches. Arch. Mal. App. Dig. 1962 51 p. 890

L'HERMINE Cl. & GERARD A - Le cancer de l'œsophage chez la femme. Arch. Mal. App. Dig. 1966 55 p. 331

LIED ROLF O. - Cancer de l'œsophage Analyse de 56 cas 1946-1957 . Journal of the Oslo City Hospitals - Volume 9 p. 73 - Avril 59

LORTAT - JACOB J.L. - Seméiologie des affections œsophagiennes - Revue du Praticien - Avril 1960

LORTAT - JACOB J.L. - MAILLARD J.N. - RICHARD Cl. FEKETE F. - Résultats du traitement chirurgical des cancers de l'œsophage - in CANDARDJIS - MASSON Edit. 1963

LORTAT - JACOB J.L. - Cancer de l'œsophage : 1769 interventions. Statistiques portant sur 23 ans - Vie Médicale 1969 (novembre)

LORTAT - JACOB J.L. & RICHARD Cl. Les cancers sur rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Arch. Mal. App. Digestif, 51 : 1380 - 1386, 1962

Mc PHERSON I. - Cancer du tiers inférieur de l'œsophage avec quelques remarques sur le rôle possible de l'immunité tissulaire.
Brit. J. Surg. 53 = 21-23 , 1966

MALEKI A. HASHEMIAN H. & coll. - Le cancer de l'œsophage en Iran - J. Radiolog. & Electrol. 46 :
135-142 1965

MAILLARD J.N. - Les cancers de l'œsophage - Revue du Praticien Avril 1960

MALENCHINI M. RASANO H. & ROCK T. Roentgenological findings in supra-aortic cancer of the œsophagus Am. J. Roentg. 1955 74 5 856-865

MARTIAL V.A. Tome J.M. & coll. Le rôle de la radiothérapie dans le cancer de l'œsophage - Radiologie 87 : 231-239, 1966

MEIGNIE P. - Traitement chirurgical du cancer du tiers moyen de l'œsophage - Lille Médical p; 597 1960

MEYNARD J.M. & TOURNERIE J. - A propos de 110 cas de télécobalthérapie pour cancer de l'œsophage - Arch. Mal. App. Dig. 54 : 1263-1268 1965

MOGHISSI K. - Traitement palliatif dans la sténose cancéreuse de l'œsophage. - Lancet Volume I n° 7126 p. 679 Mars 1960

MORRISSON D.R. - Le traitement du cancer de l'œsophage. Surgery Volume 46 n° 3 p. 516 Septembre 1959.

MOUCHET A. MARQUAND J. GUIVARC'H M. - Cancer de l'œsophage - Réflexions pratiques à propos de 300 cas. Revue du Praticien 21 septembre 1965 p. 3129

MOUCHET A. MARQUAND J. & coll. - Cancer de l'œsophage - Analyse d'une statistique de 297 cas - Mém. Acad. Chir. 92 : 155-162 , 1966

NASIO J. Sarcome de l'œsophage - Lyon Médical Décembre 1959 p. 1013

PAPILLION J. et GOYON M. - Indications de la roentgenthérapie dans le cancer de l'œsophage (d'après statistiques de 120 cas) J.E.R. T. 35 n° 5-6 1964 p.25

De La PAVA S., NIGOGOSYAN G. & coll. - Mélanome de l'œsophage. Cancer 16 : 48-50 1963

PELOQUIN A. & PARENT M. - Cancer de l'œsophage - Traitement curatif et palliatif - Union Med. Canada 95 : 27-32, 1966

PEUTEUIL G. & WELFING P. - Technique de l'examen radiologique de l'œsophage - Revue du Praticien 1 Avril 1960

PIERQUIN B. & JUCKER C. - Comparaisons entre deux séries de cancer de l'œsophage thoracique

traitées par le Bétatron. Candardjis - Masson 1963

PIERQUIN B. WANBERSIE A. TUBIANA M. - Cancer of the thoracic œsophagus : two series of patients treated by 22 Mev Bétatron - Br. J. Rad. 39 (189-192) Mars 1966

PIERQUIN A. - Que vaut la radiothérapie du cancer de l'œsophage en 1962 ?
Gazette Médicale de France, 69 : 3057-3063, 1962

PIERQUIN B., WANBERSIE A. & TUBIANA M. - Etude de deux séries de cancers de l'œsophage thoracique traités par Bétatron 22 Mv -
Gazette Médicale de France, 72 : 3149-3156, 1965

PISANI G. & MALASPINA A. - 18 cas de cancer de l'œsophage traités par télécobalthérapie. Panminerva Medica Septembre 1959 p. 201

POULIQUEN L. & DENIS P. - Un cancer atypique de l'œsophage. - J. Rad. et Electr. 1962 43 p. 654

RAPHAEL H. A. ELLIS F. H. & coll. - Epithélioma glandulaire primitif de l'œsophage . Revue de 18 années et revue de la littérature. Ann. Surg. 164 : 785-796 1966

RICHARD C.A & coll. Le naevo-carcinome primitif de l'œsophage - Ann. Chir. 20 : 971 - 977, 1966

RICHARD C.A. - Cancer inopérable du 1/3 supérieur de l'œsophage. Annales de Chirurgie 17 : 223-224, 1963

ROBERT Jean - Le traitement du cancer de l'œsophage par cyclo-cobaltothérapie - Technique et résultats immédiats - Thèse 1960.

ROBILLARD J. MOUCHEL A. - Intérêt de la pariétographie gastrique dans l'étude radiologique des épithéliomas du tiers inférieur de l'œsophage. J. Radiol. Electrol. 47 : 181-183 , 1966

ROBILLARD J. & COUEDIX Y. Résultats comparés de 80 cancers œsophagiens traités par télécobalt ou par association télécobalthérapique Méthyl Hydrazine.

SAEGESSER F. & HOESTETTER J. - Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage - Candardjis.

SARIS A. - A propos du diagnostic du cancer de l'œsophage. Apport de la radioscopie télévisée et du radiocinéma. Ouest Med., 19 : 524-527, 1966.

SCHLIENGER M. & LE FUR R. - Faut-il irradier le cancer de l'œsophage. Concours Médical 29 X 1966

TERRACOL - Les maladies de l'œsophage - Edt Masson 1951

TOUCHARD J. - La radiothérapie concentrée - Concours Médical 69

URBAN C.H. & Mc NEER G. - Relation entre la morphologie du cancer de l'estomac et la plus ou moins longue survie. Cancer 1959.

VERAGUTH P. - Radiothérapie du cancer de l'œsophage Candardjis Masson 63.

VESSEREAU A. - La Statistique - Presse Universitaire de France.

VIANES - Le traitement du cancer de l'œsophage par cyclocobalthérapie. Résultats. Thèse Toulouse 1964

WEIZSAOKER C.F.F. L'aspect philosophique de la cybernétique. Electromédica 3 / 1968

WELTI H. - A propos du traitement chirurgical du cancer de l'œsophage - Candardjis Masson 1963

WOLFEL D.A. - Léiomyosarcome de l'œsophage - AM. J. Roentgenol. 89 : 127 - 131, 1963

=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-